



Tularémie

Déclaration de résultats d'analyses cliniques

Patient/e

Initiale nom: _____ initiale prénom: _____ date de naissance: ____/____/____ sexe: ☐ f ☐ m

NPA/domicile: _____ canton: _____

Nationalité: ☐ CH ☐ autre: _____ pays de résidence, si pas CH: _____

Diagnostic et manifestation

Manifestations: ☐ ulcéro-ganglionnaire ☐ ganglionnaire ☐ oculo-ganglionnaire ☐ oro-pharyngée ☐ abdominale ☐ pulmonaire ☐ typhoïdique

Début des manifestations: date: ____/____/____ ☐ inconnu

Laboratoire: nom/tél.: _____

motif: ☐ suspicion clinique ☐ exposition ☐ découverte fortuite ☐ autre: _____

prélèvement: date: ____/____/____ matériel: _____

Evolution

Hospitalisation: ☐ oui, date d'entrée: ____/____/____ ☐ non ☐ inconnu

Etat: ☐ décès, date: ____/____/____

Exposition

dans les 2 semaines (surtout dans les 3 à 5 jours) précédant les premiers signes de la maladie

Où: ☐ CH, lieu: _____ ☐ étranger, pays: _____ ☐ inconnu

Quand: date d'exposition: ____/____/____ ou date d'entrée en CH: ____/____/____ ☐ inconnu

Comment: ☐ contact avec des animaux sauvages, en particulier des rongeurs (y. c. consommation de leurs produits) lequel/où: _____ ☐ non ☐ inconnu

☐ consommation d'eau d'une source non contrôlée (fontaine, ruisseau) si CH, où: _____ ☐ non ☐ inconnu

☐ piqûre de tique: _____ ☐ non ☐ inconnu

☐ piqûre d'autre insecte: _____ ☐ non ☐ inconnu

☐ inhalation de poussières/aérosols (agriculture, jardin): _____ si CH, où: _____ ☐ non ☐ inconnu

Personnes exposées: ☐ oui, lesquelles: _____ nombre: _____ ☐ aucun ☐ inconnu

Activité professionnelle: _____

Remarques

Médecin

nom, adresse, tél. (ou timbre): _____

Date: ____/____/____

Médecin cantonal

Mesures: ☐ non ☐ oui: _____ date: ____/____/____

^a formulaires: versions actualisées disponibles sous <https://www.bag.admin.ch/infreporting>